



“MANAGEMENT IN SANITA’ ”  
CORSO DI FORMAZIONE  
IN AMBITO MANAGERIALE E ORGANIZZATIVO  
ASL 3 NUORO





**MEDICINA DI PROSSIMITA':  
PRESA IN CARICO GLOBALE  
DEL PAZIENTE AFFETTO DA CRONICITA'**

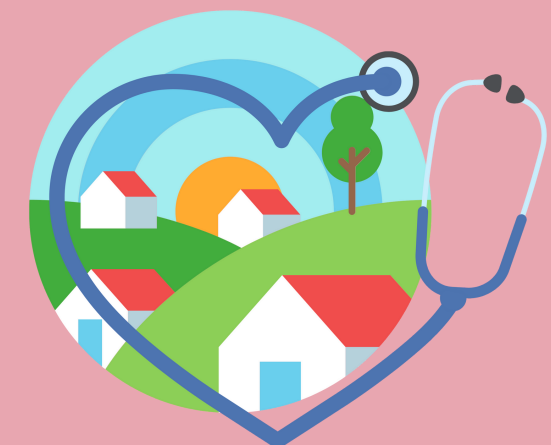


# MEDICINA DI PROSSIMITA'

*loc. s.le f. : insieme delle misure e delle strutture sanitarie e sociali predisposte per l'assistenza dei cittadini, integrate in una rete di servizi territoriali, al fine di curare e prevenire le malattie e di promuovere la salute sociale.*



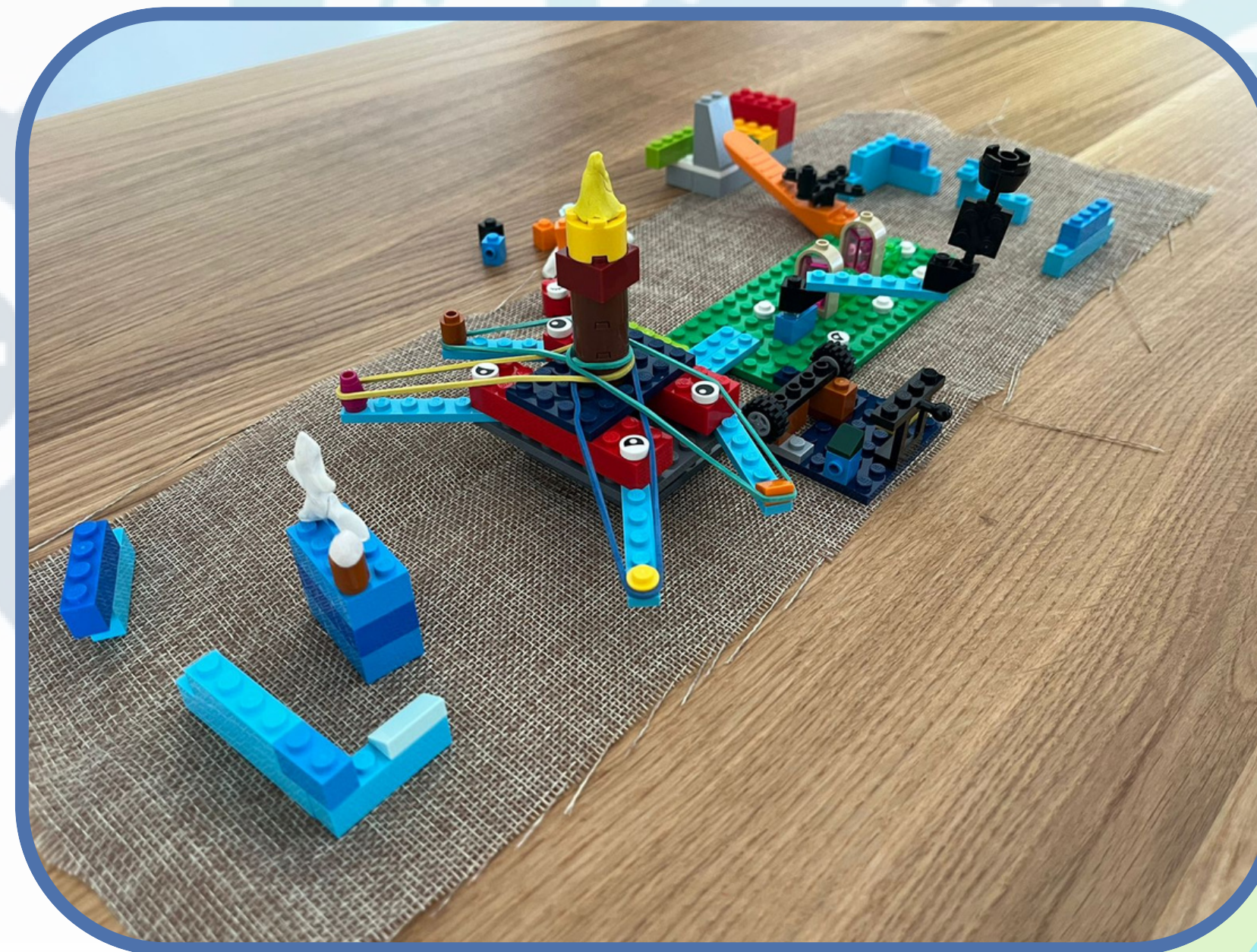
- **CONTINUITA'**
- **GLOBALITA'**
- **PROATTIVITA'**





✓ *Corso di formazione aziendale*  
*“Management in Sanità” - Edizione 2023*

✓ *Metodologia Lean*





# COMUNITA' DI PRATICA

Ingegnere informatico

Consulente esterno

Ingegnere clinico

Infermiere

Amministrativo

Medico





# SITUAZIONE ATTUALE

et  avanzata  
politerapia  
plurime comorbidit 



geomorfologia complessa



sistema di trasporto pubblico  
insufficiente

liste di attesa  
carenza di multidisciplinariet   
percorsi  
frammentati/dispersione



elevata spesa sanitaria





# OBIETTIVI

- 🎯 implementare un efficace sistema di medicina di prossimità per pazienti affetti da patologie croniche, che si sviluppi su tutti i livelli assistenziali (domicilio, territorio e ospedale);
- 🎯 contenere la spesa sanitaria riducendo ricoveri e/o istituzionalizzazione;
- 🎯 empowerment del paziente e dei familiari



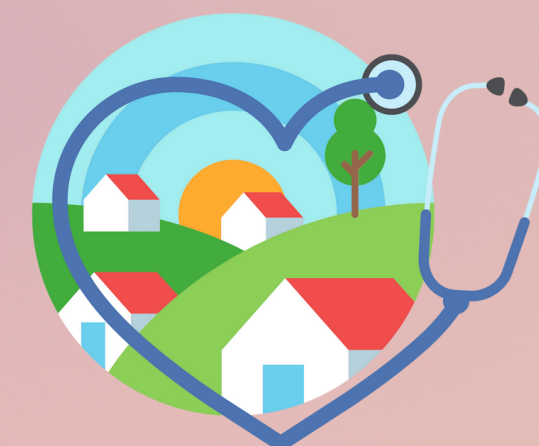


# PUNTI DI INTERVENTO

**POTENZIAMENTO DELLE STRUTTURE TERRITORIALI**

**UTILIZZO DI TECNOLOGIE IMPIEGATE NEL TELEMONITORAGGIO**

**SENSIBILIZZAZIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA CRONICITA'**





# PUNTI DI INTERVENTO

completamento e messa a regime della Centrale di Tele-monitoraggio

istituzione dei Point of Care (PoC)

rilevazione e analisi dei dati

creazione di una piattaforma ambulatoriale unica aziendale

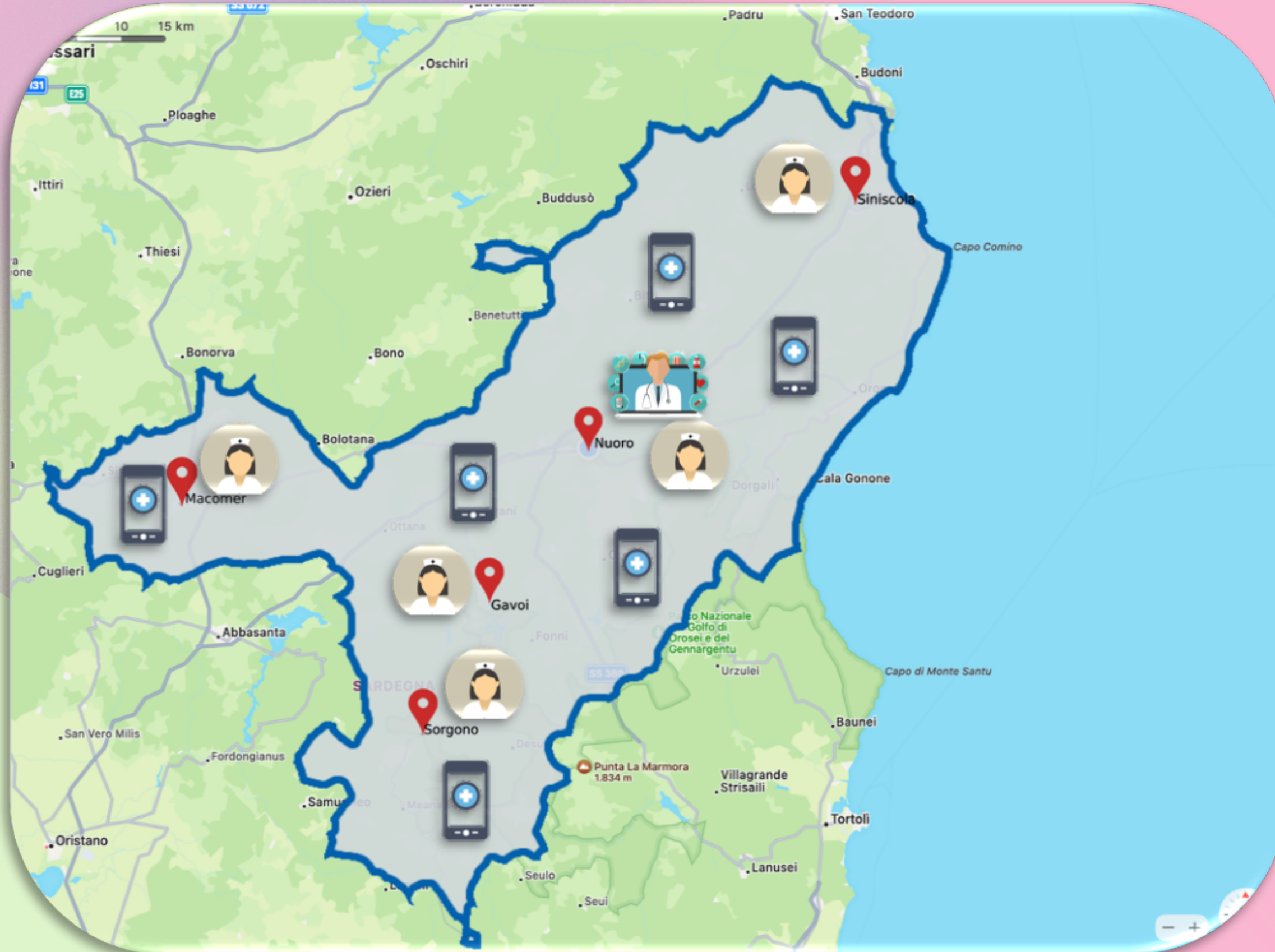
implementazione progressiva del nuovo modello a tutte le cronicità

completamento e attuazione dei PDTA legati alle cronicità





# IL SISTEMA DI TELEMONITORAGGIO



Pazienti a domicilio



Centrale di Telemonitoraggio  
presso la Casa della Comunità  
di Nuoro



5 Point of Care ubicati nelle  
CdC dell'azienda + Infermieri  
di Famiglia e Comunità

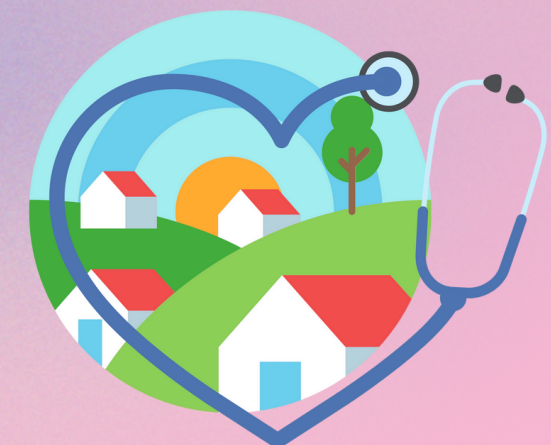


# LA CENTRALE DI TELEMONITORAGGIO



Personale amministrativo

Referente clinico





# I KIT DI MONITORAGGIO

## Kit domiciliare

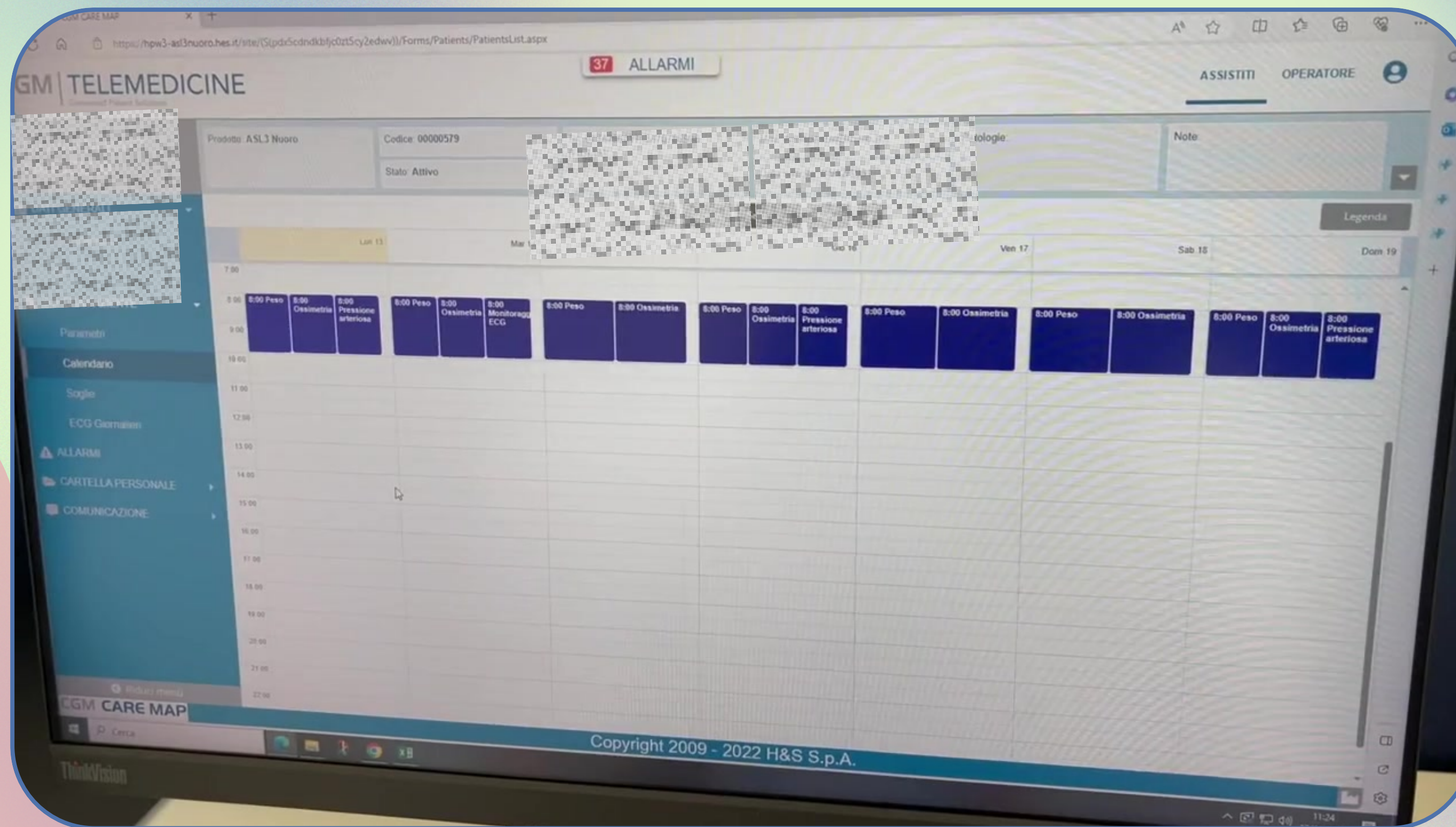


## Kit PoC





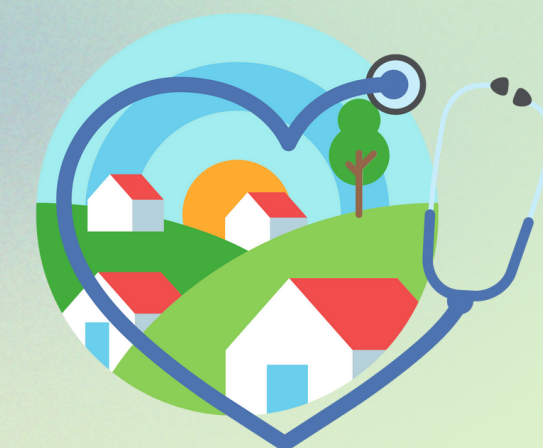
# GESTIONE DEGLI ALERT



Alert operativi VS clinici

Alert clinici personalizzati

Algoritmi di gestione alert

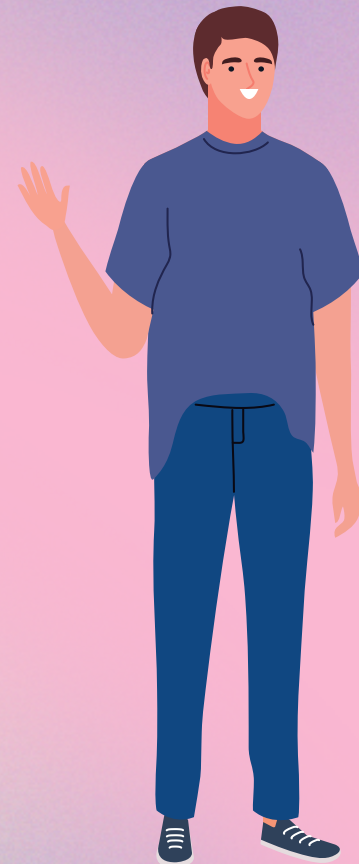




# ARRUOLAMENTO: PRIMA APPLICAZIONE DEL MODELLO

## Criteri di arruolamento:

- diagnosi di Scompenso Cardiaco
- residenza nel territorio della ASL di Nuoro
- copertura rete mobile per la connessione a Internet



↑  
Età media = 78 AA



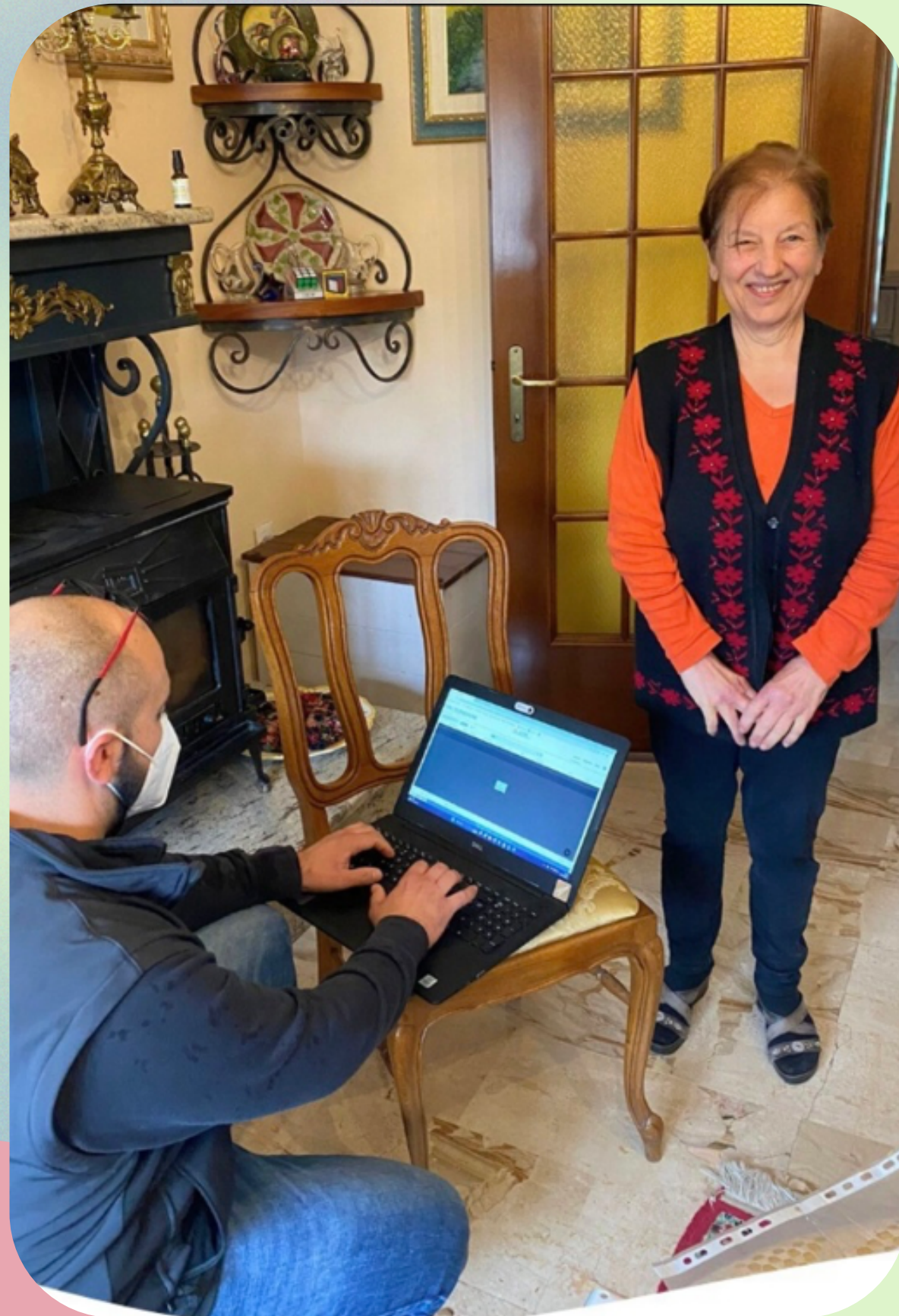


# LA SCHEDA DI ARRUOLAMENTO

LIVELLI DI RISCHIO E KIT				
	livello 1 - intensità bassa - 3CHF < 10%	livello 2 - intensità media - 3CHF < 10%	livello 3 - intensità alta - 3CHF 10 - 39 %	livello 4 - intensità molto alta - 3CHF ≥ 40 %
<b>criteri di inclusione e clinici</b>	Paziente stabile, nessun ricovero per patologia cardiaca negli ultimi 12 mesi No diuretico Non comorbidità significative (diabete mellito complicato, cardiopatia ipertensiva, IRC/anemia) No storia di aritmie né cardiopatia valvolare grave	Paziente stabile, senza ricoveri per patologia cardiaca negli ultimi 6 mesi Dispnea e altri sintomi da sforzo (NYHA II-III) <50mg/die di diuretico Storia di fibrillazione atriale/aritmie sopraventricolari Comorbidità di grado lieve (DM compensato, IRC lieve con GFR>40ml/min, BPCO lieve-moderata)	Paziente stabile ma recente ricovero per patologia cardiaca (<6 mesi) Progresso infarto e/o cardiomiopatia con severa disfunzione VS (FE <30%) Storia di aritmie sostenute e/o parossistiche Diuretico 50-100mg/die Comorbidità avanzate (GFR<30ml/min, vasculopatia periferica, DM compl, BPCO grave)	Paziente stabile con recente ricovero per patologia cardiaca (< 3 mesi) Progresso infarto e/o cardiomiopatia con FE<30% Storia di aritmie sostenute e/o parossistiche Diuretico 50-100mg/die BPCO accertata molto grave Comorbidità avanzate (GFR<30ml/min, vasculopatia periferica, diabete mellito compl.)
<b>frequenza misurazioni</b>	Monitoraggio <u>ogni 7 gg</u> di peso e pressione arteriosa e frequenza cardiaca Se diabetico, monitoraggio glicemico come da PDTA Visita specialistica con ECG programmata ogni 18 mesi Un contatto infermieristico ogni 4 mesi	Monitoraggio <u>ogni 3 gg</u> di peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione Se diabetico, monitoraggio glicemico come da PDTA Visita specialistica con ECG programmata ogni 12 mesi Un contatto infermieristico ogni 4 mesi	Monitoraggio <u>a giorni alterni</u> di peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione, ECG secondo necessità/indicazione clinica Se diabetico, monitoraggio glicemico come da PDTA Visita specialistica con ECG programmata ogni 12 mesi Un contatto infermieristico ogni 3 mesi	Monitoraggio <u>giornaliero</u> di peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura e saturazione ECG secondo necessità/indicazione clinica Se diabetico, monitoraggio glicemico come da PDTA Visita specialistica con ECG programmata ogni 6 mesi Un contatto infermieristico ogni mese
<b>SMARTPHONE</b>	x	x	x	x
<b>BILANCIA</b>	x	x	x	x
<b>SATURIMETRO</b>		x	x	x
<b>SFIGMOMANOMETRO</b>	x	x	x	x
<b>TERMOMETRO</b>				x (se BPCO)
<b>ECG INDOSSABILE</b>			x	x
<b>GLUCOMETRO*</b>	x (come da prescrizione del diabetologo)	x (come da prescrizione del diabetologo)	x (come da prescrizione del diabetologo)	x (come da prescrizione del diabetologo)



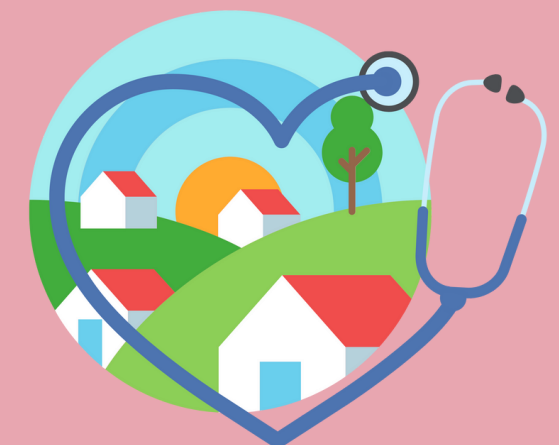
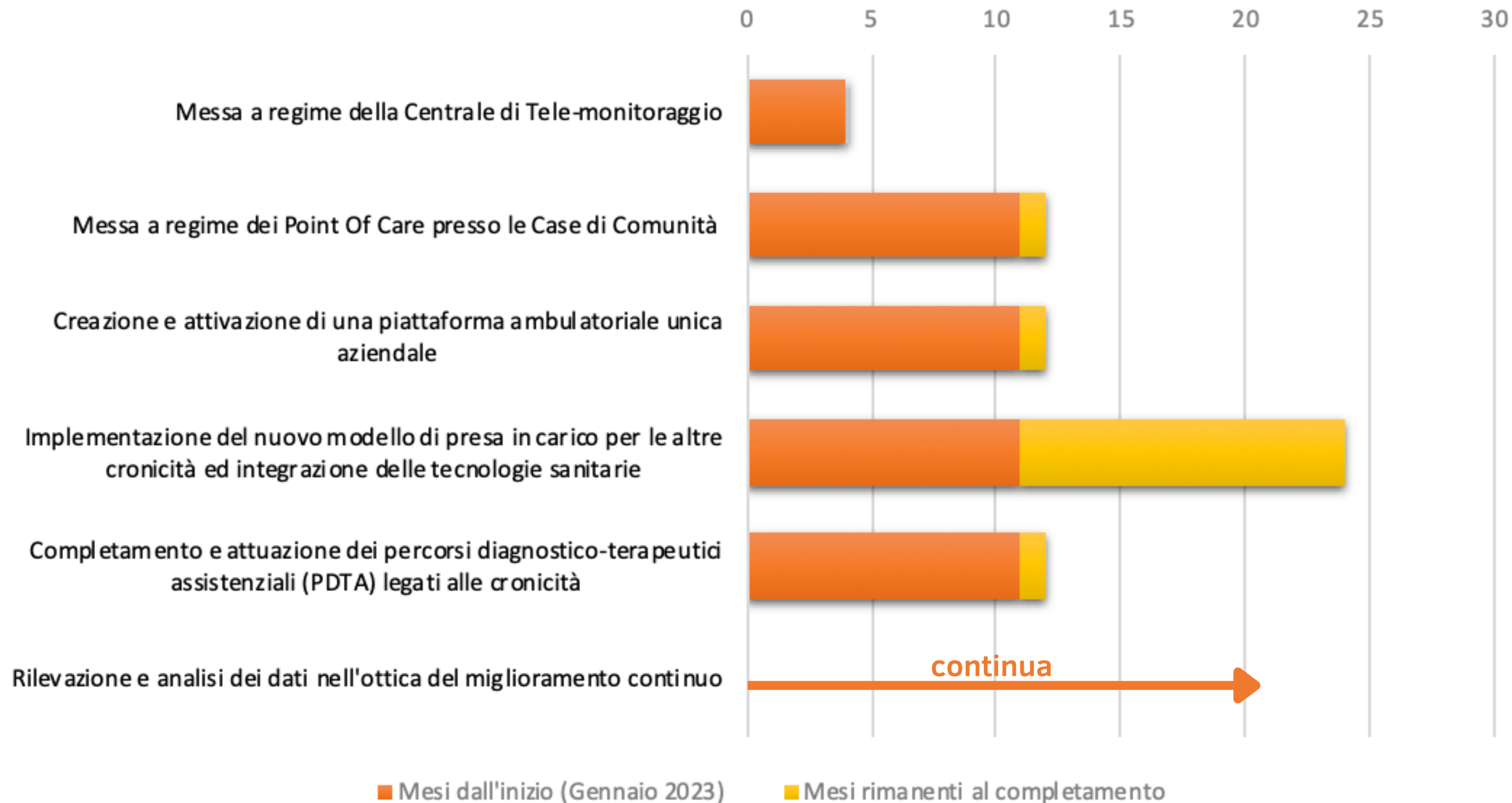






# TEMPISTICHE DI REALIZZAZIONE

## Diagramma di Gantt





# RISULTATI ATTESI NEL MEDIO - LUNGO PERIODO

diminuzione dell'incidenza del numero delle ospedalizzazioni;



diminuzione di reingressi in ospedale a 30 gg;



diminuzione di accessi in pronto soccorso;



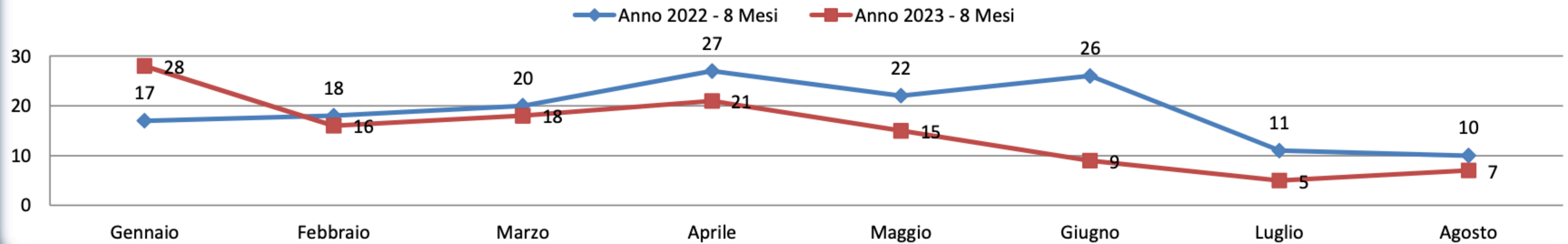
riduzione della mortalità.





# RISULTATI OTTENUTI

Andamento delle dimissioni per scompenso cardiaco - Da Gennaio ad Agosto 2022/2023 - Residenti





# DIMISSIONI TOTALI PER SCOMPENSO CARDIACO

## SINTESI PER PROVENIENZA DEL PAZIENTE

PERIODO ANALISI	02 - Pronto Soccorso	99 - Altro	04 - ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di ricovero e cura	12. Provenienza OBI	03 - paziente che acceda all'Istituto di ricovero e cura con proposta di un medico	10 - Paziente proveniente da struttura residenziale territoriale	Totale complessivo
Anno 2022 - 8 Mesi	134	42	8	7	4		195
Anno 2023 - 8 Mesi	120	14	12	4	2	3	155
Incidenza % 2022	68,72%	21,54%	4,10%	3,59%	2,05%	0,00%	100,00%
Incidenza % 2023	77,42%	9,03%	7,74%	2,58%	1,29%	1,94%	100,00%





Grazie per l'attenzione!

